UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 9

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

ANNEXIELLE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1914

PAR

Reisia BILIG

Née à Maiaki (Russie), le 18 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

MENTION MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	DE ROUVILLE, profes.-adjoint, *Président.*	
	VALLOIS, professeur.	*Assesseurs.*
	EUZIERE, agrégé.	
	RIMBAUD, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 9

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE ANNEXIELLE

THESE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Mai 1914

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Reisia BILIG

Née à Maiaki (Russie), le 18 juillet 1885

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR D'UNIVERSITÉ

MENTION MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

DE ROUVILLE, profes.-adjoint, *Président.*
VALLOIS, professeur.
EUZIERE, agrégé. } *Assesseurs.*
RIMBAUD, agrégé.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1914

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	DOYEN.
	SARDA	ASSESSEUR
	IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales	MM.	N...
Clinique chirurgicale		TEDENAT (✲).
Clinique médicale		CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses		MAIRET (✲).
Physique médicale		IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales		GRANEL.
Clinique chirurgicale		FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique		TRUC (O ✲).
Chimie médicale		VILLE.
Physiologie		HEDON.
Histologie		VIALLETON.
Pathologie interne		DUCAMP.
Anatomie		GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie		ESTOR.
Microbiologie		RODET.
Médecine légale et toxicologie		SARDA.
Clinique des maladies des enfants		BAUMEL (✲).
Anatomie pathologique		BOSC.
Hygiène		BERTIN-SANS (H)
Clinique médicale		RAUZIER (✲).
Clinique obstétricale		VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale		VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), HAMELIN (✲), GRASSET (O ✲)

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique	MM.	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements		PUECH, profes.-adjoint.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie		MOURET, profes.-adj.
Pathologie externe		LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique des maladies des voies urinaires		JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées		VEDEL, agr. l. (ch. de c.)
Médecine opératoire		SOUBEYRAN, a. l (ch. de c.)
Clinique annexe des maladies des vieillards		EUZIERE, agrégé.
Accouchements		P. DELMAS, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. RIMBAUD.
GRYNFELTT.	DERRIEN.	ROGER.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	LISBONNE.
GAUSSEL.	EUZIERE.	MARQUÈS, ch. des F.
RICHE.	J. DELMAS.	

Examinateurs de la thèse :

MM. DE ROUVILLE, prof.-adj., *présid.*	MM. EUZIÈRE, *agrége.*
VALLOIS, professeur.	RIMBAUD, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MON PÈRE, A MA MÈRE

Témoignage de profond amour.

A MADAME SOPHIE SEÏDENMANN

Témoignage d'affection et de vive reconnaissance.

A MES FRÈRES ET MES SŒURS BIEN-AIMÉS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

M^lle^ R. BILIG.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DE ROUVILLE

Hommage respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX ET A LA FACULTÉ

M^lle^ R. BILIG.

AVANT-PROPOS

Avant d'entrer dans l'exposé de notre sujet, il nous est agréable d'exprimer à tous ceux qui nous ont aidée, encouragée et instruite, une faible partie de notre gratitude.

M. le professeur de Rouville nous a accueillie dans son service avec bienveillance; il a été pour nous un Maître dont nous n'oublierons jamais les leçons; il nous a inspiré le sujet même de notre thèse, et nous fait aujourd'hui le très grand honneur de présider notre jury de thèse. Toute notre gratitude lui est acquise.

M. le professeur Vallois, notre juge, fut pour nous un Maître bienveillant et affable; nous tenons à l'assurer de notre plus vive reconnaissance.

Nous sommes particulièrement reconnaissante à M. le professeur agrégé Rimbaud, qui nous a aidée et encouragée au cours de nos études.

Notre reconnaissance la plus vive est acquise à M. le professeur agrégé Euzière. Nous n'oublierons ni sa constante bienveillance pour nous, ni son enseignement à la fois vivant et pratique.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

ANNEXIELLE

INTRODUCTION

La tuberculose génitale de la femme commence à être bien connue. Longtemps ignorée ou méconnue, elle est au contraire, à l'heure actuelle, souvent diagnostiquée en clinique, et la fréquence de plus en plus grande des interventions a permis de se rendre compte de la proportion considérable des lésions génitales tuberculeuses, et en particulier de la localisation de la tuberculose sur les annexes. La thérapeutique de ces affections semble devoir être avant tout une thérapeutique chirurgicale. Sans doute, il existe des cas de tuberculose génitale qui guérissent ou peuvent guérir spontanément, comme toutes les tuberculoses chirurgicales, mais il serait dangereux de s'en tenir toujours à un traitement purement, médical d'autant que, comme nous l'indiqueront plusieurs observations recueillies dans le service de notre Maître M. le professeur de Rouville, le diagnostic de la nature bacillaire de l'annexite

est en somme très délicat, et ce n'est le plus souvent que sur la coexistence de symptômes physiques ou généraux (bronchites à répétition, hémoptysies, adénopathies, cicatrices d'abcès froids fistulisés, etc.) que l'on peut soupçonner, avant l'intervention, la nature vraie de l'affection génitale en question.

Et alors même qu'avant l'acte opératoire tous les symptômes cliniques observés plaident en faveur d'une tuberculose annexielle, l'intervention paraît la seule méthode thérapeutique rationnelle et légitime.

Sans doute on ne peut indiquer de façon exacte quelle doit être la nature et l'étendue de l'acte opératoire dans chaque cas. Il est certain qu'il importe, à ce point de vue, d'établir des catégories bien distinctes correspondant aux divers cas anatomo-cliniques.

L'intervention économique a d'abord été préconisée par nombre d'auteurs, frappés par la fréquence de l'unilatéralité des lésions bacillaires chez la femme, et préoccupés aussi, il faut bien le dire, de conserver à leurs opérées l'espoir, bien fragile et bien aléatoire, en réalité, d'une grossesse ultérieure et d'une vie génitale active.

Sans doute pareille façon de faire est légitime lorsque les lésions sont exclusivement unilatérales, et des observations favorables, se rapportant à des cas ainsi traités, ont été publiés notamment par Tédenat, in thèse Rives, Montpellier, 1909 (1). Mais il s'agit de cas exceptionnels; la grossesse, après castration unilatérale, doit donc être considérée comme une rareté, et cela se conçoit si l'on songe à la fréquence des lésions tuberculeuses histologiques d'un organe en apparence sain, de la trompe et de l'ovaire dans le cas particulier, lésions bacillaires qui peuvent

(1) Ollivier. Thèse Lyon, 1912.

ultérieurement évoluer pour leur propre compte et aboutir à l'imperméabilité tubaire ou être la cause de troubles de la menstruation suffisants pour expliquer la rareté de la grossesse après conservation d'annexes saines en apparence.

La conservation des annexes ne saurait donc être justifiée par le seul désir de conserver à la femme son aptitude à la fécondation (sans préjudice d'ailleurs de l'aggravation que peut présenter pour elle l'infection tuberculeuse du fait de la grossesse. Mais il est certain que le souci de veiller au maintien de la fonction menstruelle et à la conservation de la sécrétion interne de l'ovaire, doit entrer aussi en ligne de compte.

Sans doute les troubles menstruels qui peuvent se produire après ablation d'annexes tuberculeuses, ont leur importance et on doit en tenir compte, mais cette importance n'est pas telle qu'on puisse refuser à la malade le bénéfice d'une large intervention qui la puisse débarrasser définitivement de foyers de tuberculose en pleine activité pour la seule perspective de la conservation d'une fonction très utile mais non indispensable, et d'ailleurs bien souvent *troublée* chez les malades qui présentent une localisation de tuberculose génitale quelconque. On a beaucoup parlé ces dernières années des troubles menstruels d'origine tuberculeuse (1). Nous avons nous-même entendu souvent notre Maître, M. le professeur de Rouville, insister sur la fréquence de la tuberculose à l'origine des troubles menstruels.

Au point de vue de la fonction génitale, il semble donc que les arguments en faveur de la conservation systéma-

---

(1) Origine tuberculeuse des troubles menstruels de la grossesse. J. Hollos, Gaz. Hôpitaux, 1912.

tique, dans les cas de lésions apparemment unilatérales, soient bien faibles, en comparaison de ceux en faveur de l'extirpation complète, et les résultats de la pratique journalière sont là pour nous montrer tout le bien fondé de cette façon de voir. Cependant on ne peut nier qu'il y ait des cas où une intervention limitée puisse amener la guérison complète des lésions, et il est même des cas où la simple laparotomie exploratrice a pu amener la guérison avec rétrocession des troubles menstruels, et ce sont surtout les cas où la réaction péritonéale domine dans l'histoire anatomo-pathologique. Ce sont ces cas qui ont été bien mis en évidence par Mlle M. Gorovitz dans sa thèse de Paris, 1902: lorsque la péritonite bacillaire domine l'annexite, l'intervention peut être moins large, et encore l'auteur indique-t-il que lorsque les lésions tuberculeuses annexielles seront reconnues macroscopiquement, il faudra pratiquer leur ablation systématique pour que la guérison se maintienne complète, et elle cite à ce sujet douze opérations avec douze guérisons opératoires et guérisons éloignées datant de 5, 7 ans et jusqu'à 9 ans, et paraissant autoriser à préconiser les interventions radicales systématiques lorsque les lésions annexielles ont été reconnues à l'intervention comme le point de départ de l'infection péritonéale.

En résumé, en matière de tuberculose génitale, la thérapeutique doit être active et les interventions doivent viser à débarrasser complètement l'organisme des foyers tuberculeux en activité. Les chances de succès et de guérison à distance seront d'autant plus grandes que l'intervention aura été plus précoce et plus large. Ces chances de succès seront également conditionnées, cela va sans dire, par la coexistence d'autres foyers tuberculeux de l'économie et la conservation de l'état général.

OBSERVATIONS

Observation Première

Observation recueillie dans le service de notre maître M. le Professeur de Rouville

Mlle J..., originaire du département du Tarn, âgée de 20 ans, entre dans le service du professeur de Rouville, le 4 octobre 1912, pour pertes blanches et douleurs abdominales datant de 18 mois environ.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une affection génitale non précisée à 34 ans. Un frère et une sœur morts en bas-âge de méningite tuberculeuse.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à 15 ans, et depuis l'a été assez irrégulièrement (2 ou 3 fois par mois). Les règles durent 2 ou 3 jours, sont de moyenne abondance, parfois douloureuses. Jusque vers l'âge de 17 ans, la malade était anémiée; leucorrhée jusqu'à 18 ans. Il y a 18 mois, elle a eu la scarlatine. Elle s'enrhume facilement mais ne présente aucun signe à l'auscultation. Le cœur est normal. Urines normales.

Depuis 18 mois, la malade a souffert au cours des mictions, a eu des envies impérieuses et fréquentes. Depuis, les mictions se sont régularisées, mais sont toujours douloureuses.

La malade est très nerveuse, mais n'a jamais eu de crises de nerfs. Céphalée constante, habituelle.

Maladie actuelle. — Mlle J... fait remonter le début de ses troubles à la scarlatine, qu'elle a eue il y a 18 mois. Elle se plaint d'une douleur constante dans le bas-ventre, avec exacerbation survenant tous les 1 à 2 mois, et sans rapport avec les périodes menstruelles. Les pertes blanches ont reparu depuis que la malade souffre; elles sont muqueuses, filantes.

Examen. — Mlle J... est une jeune fille bien constituée. Elle a maigri un peu, cependant, depuis quelque temps. Son facies est altéré.

L'examen n'indique rien de spécial du côté des divers appareils.

L'examen gynécologique donne les résultats suivants: L'inspection ne décèle rien d'anormal du côté de l'abdomen; il n'existe ni voussure, ni asymétrie, la sangle abdominale est résistante; pas de pannicule adipeux sous-cutané bien développé.

La palpation, indolore partout ailleurs, développe une douleur très vive dans la fosse iliaque droite; cette douleur, jointe à la contracture musculaire de la région, gêne considérablement l'exploration et s'oppose à toute tentative de palper profond; une douleur moins vive est réveillée par la palpation de la fosse iliaque gauche.

La malade est vierge: la vulve ne porte aucune trace d'inflammation actuelle ou ancienne. L'hymen est intact, et permet l'introduction de l'index seulement.

Le toucher montre un col petit, conique, légèrement sténosé; il occupe sa situation normale.

On sent nettement le corps de l'utérus en antéversion normale dans le cul-de-sac antérieur; il est difficile de se rendre compte de son volume exact, de sa mobilité à cause de la douleur provoquée. Il est possible de délimiter cependant dans les culs-de-sac latéraux deux tumeurs nettement

kystiques d'origine annexielle : la tumeur droite a le volume d'une grosse orange, elle est manifestement séparée de l'utérus par un sillon ; on sent qu'à son niveau existe une fluctuation non douteuse.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, le doigt perçoit la seconde tumeur, moins bien limitée, et qui semble fixée par des adhérences.

En présence de ces constatations cliniques, M. le professeur de Rouville porte le diagnostic de salpingite kystique bilatérale, et en raison de l'absence d'infection puerpérale et gonococcique émet la probabilité de l'origine tuberculeuse.

L'intervention est décidée et pratiquée le 16 octobre 1912.

Antisepsie de la paroi à la teinture d'iode dédoublée.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte (après injection préalable de pantopon, éther-tropfnarkose, selon le procédé habituellement en usage dans le service du professeur de Rouville).

Incision médiane.

Dès l'ouverture du ventre, on aperçoit, émergeant de la partie droite de la cavité pelvienne, une tumeur du volume d'une grosse poire, absolument libre de toute adhérence et d'une mobilité parfaite ; sa surface est libre et sa coloration rappelle celle de certains kystes de l'ovaire. La tumeur liquide est constituée, à n'en pas douter, par la trompe droite.

L'ovaire droit est indépendant de la tumeur, de volume moyen et scléro-kystique.

A gauche, la disposition est semblable : il existe de ce côté aussi une tumeur kystique de moyen volume, plus pelvienne qu'abdominale, et pyriforme ; elle s'insère au niveau de la corne utérine. Il y a de nombreuses adhé-

rences qui immobilisent la tumeur. Celle-ci adhère à l'S iliaque, fortement abaissée, et au péritoine de l'S iliaque.

L'ovaire gauche, scléro-kystique, adhère à la trompe dilatée et au péritoine. Il s'agit bien ici d'un pyosalpinx adhérent. Hystérectomie de droite à gauche. Ligature des vaisseaux, péritonisation, fermeture du ventre sans drainage.

Mlle J... quitte le service 21 jours après l'intervention.

Les suites opératoires ont été excellentes.

L'examen anatomo-pathologique et l'inoculation au cobaye ont montré la nature bacillaire des lésions constatées.

Observation II

M. le Professeur de Rouville, Montpellier.

Mme M... a joui d'une santé parfaite jusqu'à l'époque de son mariage, il y a 4 ans. Père et mère en bonne santé.

Antécédents personnels. — La malade a été réglée à 14 ans; elle l'est depuis cet âge-là de façon normale.

Un mois après le mariage, métrorragie très abondante d'une durée de 3 à 4 jours. Ces phénomènes ont coïncidé avec l'apparition de douleurs vives à la miction. Depuis, douleurs vives, continues, dans le bas-ventre, avec exacerbations se produisant tous les 5 à 6 jours. Les règles sont abondantes, beaucoup plus qu'avant son mariage. Cet état dure environ 2 ans et la malade se décide à consulter M. le professeur Guérin, qui diagnostique un abcès du Douglas et pratique une colpotomie. La malade se trouve soulagée pendant un mois, puis les douleurs reparaissent et augmentent d'intensité. Devant la persistance de celles-ci, la malade se décide à venir consulter M. le professeur de Rouville, qui diagnostique une périmétro-salpingite bi-

latérale, immobilisant l'utérus en position moyenne; ce dernier semble de volume normal. Le toucher, douloureux, permet néanmoins de sentir deux masses volumineuses immobiles situées de chaque côté de l'utérus.

Une intervention est décidée et pratiquée le 8 juin 1907.

Le petit bassin apparaît immédiatement à l'ouverture du ventre, fermé en haut par des adhérences intestinales et épiploïques très étendues et très serrées. L'intestin est fragile à leur niveau, toute tentative de décollement serait imprudente.

A droite surtout, la cavité pelvienne est inaccessible. A gauche, lésions en apparence moins graves. Les annexes sont enlevées de ce côté à grand'peine. Péritonisation aussi parfaite que possible et drainage de la cavité pelvienne. Suites opératoires bonnes. Mme M... quitte le service trois semaines plus tard, conservant une petite fistule au niveau du trajet du drain.

L'examen histologique de la trompe, pratiqué au Laboratoire d'anatomie pathologique, a montré la nature nettement bacillaire des lésions.

Mme M... a conservé pendant près de 4 ans la petite fistule qu'elle avait au moment de sa sortie de l'hôpital, celle-ci est actuellement fermée. Et depuis, Mme M.... a joui d'une excellente santé; elle ne souffre plus et peut continuer à exercer son métier de femme de ménage. Elle a eu, en juin 1913, un avortement de 3 mois, sans que cet accident ait entraîné pour elle de suites fâcheuses.

Observation III

M. le Professeur de Rouville. *Montpellier Médical*, juin 1913.

Mme A... B..., 25 ans, entre le 13 mai 1906 dans le service de gynécologie pour douleurs dans le bas-ventre.

Antécédents personnels. — Réglée à 13 ans, régulièrement. Durée, de 3 à 4 jours, sans douleurs. 15 jours après son mariage, la malade présente des pertes jaunâtres très abondantes accompagnées de violentes douleurs dans le bas-ventre, mictions douloureuses, tiraillements... Amélioration passagère, puis nouvelle rechute.

Elle entre en juillet 1905 à la Maternité, où l'on pense à de la douglassite et pratique une colpotomie.

Mais l'intervention ne suffit pas à enrayer le mal; les douleurs reparaissent très vives un mois après, et leur persistance décide la malade à entrer, en mai 1906, dans le service de M. le professeur de Rouville. A cette époque, règles assez régulières, mais pertes blanches abondantes. Douleurs violentes dans le bas-ventre accrues par la moindre fatigue. Etat général assez bon.

Examen. — Vagin normal; col conoïde avec orifice punctiforme, en position normale. Utérus gros et lourd, le fond dépassant de 2 travers de doigt la symphyse pubienne. Par le palper, on perçoit dans le cul-de-sac gauche une tumeur qui remonte à 4 travers de doigt au-dessus de l'arcade crurale. Consistance demi-molle. Pas de séparation entre la tumeur et l'utérus.

Intervention le 8 juin. Laparotomie.

A l'ouverture du ventre, l'intestin ne descend pas vers le diaphragme, la malade étant en position de Trendelenburg, en raison des adhérences de l'S iliaque à la tumeur, qui est constituée par une volumineuse salpingite.

Au cours des manœuvres de décollement, l'S iliaque est déchirée sur une longueur de 1 centimètre et demi à 2 centimètres. Suture de l'intestin. Malgré un travail minutieux de décortication, on ne parvient pas à isoler le kyste salpingien. La trompe est entourée d'une couche péritonéale et enfermée dans l'intérieur du ligament large. Pour

la libérer, section du bord interne du ligament large, et les trois quarts environ de la tumeur sont ainsi extraits. La partie inférieure, très adhérente, unie au tissu cellulaire du bassin par une gangue d'inflammation chronique, est très friable et ne peut être enlevée que par lambeaux.

On aperçoit sur le fond de la poche de nombreuses végétations à aspect papillaire, représentant le contenu du pseudo-kyste.

Drainage du ligament large à l'aide d'un tube ressortant par la plaie abdominale. Fermeture de la paroi à trois plans.

Suites opératoires bonnes, mais petite fistule sur le trajet du drain.

Examen pathologique, par le professeur Bosc

L'examen de la paroi montre que l'infiltration tuberculeuse a envahi la totalité de cette paroi. A la surface, le tissu est farci de tubercules classiques avec leurs trois couches de cellules. Sur certains points, la dégénérescence centrale des follicules est très prononcée, et on constate la réunion de plusieurs follicules qui constituent aussi des amas désagrégés, bordés de cellules géantes typiques. La progression de la lésion dans la partie la plus profonde de la paroi se fait le long des capillaires de nouvelle formation sous forme de follicules d'abord embryonnaires, puis caractéristiques, et qui vont en augmentant de volume.

Pour la profondeur, larges placards et faisceaux de tissu conjonctif adulte, mais d'apparence hyaline, avec des points de désagrégation et d'infiltration hémorragique.

On ne trouve que de loin en loin des traces de fibres musculaires lisses. Elles ont disparu au niveau du processus tuberculeux dissociant et hypertrophique.

Observation IV

M. Arrivat. *Société des Sciences Médicales*. Séance du 25 avril 1913.

Mme S..., âgée de 20 ans, et mariée depuis un an et demi, entrait dans le service de M. le professeur de Rouville dès les premiers jours du mois de février 1913, se plaignant de douleurs dans le bas-ventre et d'un écoulement jaunâtre apparu depuis 2 ou 3 jours.

Antécédents héréditaires. — Rien de bien particulier, mais la malade a perdu en bas-âge une sœur de méningite bacillaire.

Antécédents personnels. — Mme S... prétend ne jamais avoir été malade. Réglée à 15 ans, ses règles ont été de faible abondance, de retour périodique, mais douloureuses, surtout pendant les 2 ou 3 premiers jours précédant l'écoulement menstruel.

Mariée à 18 ans et demi, ses mictions sont devenues plus fréquentes, mais non douloureuses.

Elle souffre du bas-ventre depuis son mariage.

Elle n'a eu aucune grossesse, ni de retard de règles pouvant être interprété dans ce sens.

Il y a 2 mois, des douleurs sont survenues brusquement dans le bas-ventre, en dehors de toute période menstruelle, assez vives, mais pas au point de déterminer la malade à garder le lit. Il n'y a pas de phénomènes péritonéaux et l'intensité des douleurs a diminué depuis.

La menstruation était régulière. Le 9 février, deux jours avant son hospitalisation, la malade, faisant un effort,

s'est sentie mouillée comme si elle avait uriné involontairement, elle s'est alors aperçue qu'elle perdait par le vagin un liquide jaunâtre, strié de sang au début. Dès ce jour, les douleurs sont moins vives; l'écoulement persiste.

A l'entrée, on ne note rien de bien spécial du côté des divers appareils.

L'appareil digestif est un peu touché; anorexie.

Quelques signes de colite muco-membraneuse.

L'état général est médiocre, mais il n'y a pas de signe évident d'imprégnation bacillaire.

L'examen gynécologique montre: à l'inspection, rien de spécial; à la palpation, d'ailleurs difficile, en raison de la contraction des muscles abdominaux, on peut se rendre compte que la douleur éveillée est vive dans la fosse iliaque droite, où on sent même un peu d'empâtement. La percussion dénote à ce niveau un peu de submatité.

Le toucher vaginal fournit les renseignements suivants:

Le col, abaissé et de consistance rénitente, présente un petit orifice, non déchiré.

En arrière, on arrive sur une saillie transversale, régulière, volumineuse, séparée de celui-ci par un sillon assez profond dans le fond duquel on arrive à sentir un petit orifice, par où s'écoule vraisemblablement le pus.

Les culs-de-sac vaginaux sont remplis par des masses dures, empâtées et douloureuses à la pression. L'utérus est immobilisé et les essais de mobilisation arrachent des cris à la patiente.

On a l'impression que ces masses sont développées aux dépens des annexes et comme cimentées dans le petit bassin.

En présence de cet état, le diagnostic d'annexite s'imposait.

Mais quelle en pouvait être la nature? On pensait à la

gonococcie en première ligne, tout en faisant des réserves sur l'origine tuberculeuse possible.

Dès le lendemain, sous anesthésie à l'éther goutte à goutte, M. le professeur de Rouville pratique une colpotomie postérieure qui donne issue à une grande quantité de pus jaunâtre et peu épais. Drain dans le Douglas.

Les jours suivants, la malade se trouve mieux; l'état général est meilleur; le facies reflète cette amélioration.

Entre temps, le mari de la malade nous apprend que sa femme a été traitée, pendant son adolescence, pour péritonite bacillaire à forme ascitique.

Le pus prélevé par M. le professeur Euzière, aseptiquement, ne contenait que du staphylocoque à l'examen direct.

En raison de tous ces renseignements complémentaires, l'hypothèse de tuberculose annexielle devenait plus que probable et une nouvelle intervention est décidée et pratiquée le 11 mars 1913.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte.

Laparotomie médiane sous-ombilicale.

Le doigt détruit facilement des adhérences de l'épiploon à la paroi. On aperçoit alors l'utérus adhérent par sa face postérieure à deux tumeurs à point de départ latéro-utérin, et descendant dans le Douglas.

La libération en est pénible et s'accompagne de l'effusion de quelques gouttes de pus.

L'hystérectomie subtotale est ensuite achevée.

La péritonisation est faite en suturant l'S iliaque à la vessie; un drain passé sous le surjet de péritonisation sort par la plaie abdominale.

Lavage de la cavité abdominale à l'éther.

Suture à trois plans.

Les suites opératoires sont d'abord excellentes.

Le drain est enlevé le deuxième jour, mais à partir du quatrième jour, les matières fécales font issue par le vagin, et l'examen permet de reconnaître l'orifice de la fistule, situé dans le cul-de-sac postérieur, ovalaire.

L'état s'améliore, mais la fistule persiste et nécessitera une autre intervention.

N.-B. — La malade a continué pendant longtemps à avoir une petite fistule par laquelle s'échappaient des matières et du pus, au début, puis simplement du pus. Cette fistule s'est fermée progressivement et la malade est sortie du service le 7 juin 1913. Guérie en apparence au point de vue local, mais présentant un état général défectueux avec lésion discrète des sommets pulmonaires.

Elle est revenue ultérieurement dans le service.

Examen des pièces. — Les trompes sont kystiques, pyriformes. Leur paroi est épaisse, parsemée de foyers caséeux, jaunâtres, volumineux, rappelant l'aspect des corps jaunes sur la coupe d'ovaires micro-kystiques.

Les ovaires sont très augmentés de volume, scléro-kystiques.

A droite, volumineux kyste hématique folliculaire. Pas de corps jaunes.

L'utérus est infantile, du volume d'une noix à peine.

L'examen histologique, fait par M. le professeur Bosc, a pleinement confirmé l'origine tuberculeuse des lésions constatées.

M. Arrivat insiste, à propos du cas qu'il communique, sur la difficulté du diagnostic, et à ce propos il cite trois autres cas dans lesquels le diagnostic n'a pu être posé qu'au moment de l'intervention.

L'une de ces malades présentait un volumineux fibrome utérin avec une trompe tuberculeuse.

La deuxième malade présentait une rétro-flexion utérine

d'origine manifestement puerpérale, et l'intervention, faite dans le but de fixer l'utérus, a montré qu'il existait des lésions étendues d'annexite et de pelvi-péritonite bacillaire, ayant nécessité l'ablation de l'utérus et de ses annexes.

La troisième malade présentait des signes de salpingo-ovarite unilatérale, paraissant d'origine puerpérale, et l'opération a montré qu'il s'agissait en réalité de tuberculose caséeuse de l'ovaire.

Observation V

Observation inédite recueillie dans le service de M. le Professeur de Rouville, par M. Vinon, interne des Hôpitaux.

Mme B..., épouse C..., âgée de 27 ans, entre le 15 juin 1913 dans le service de notre maître, M. le professeur de Rouville, pour douleurs dans le bas-ventre avec quelques pertes.

Antécédents héréditaires. — Peu intéressants.

Antécédents personnels. — La malade est une bacillaire ancienne. Elle a eu, il y a plusieurs années, une pleurésie *a frigore*, à allure traînante, dont elle ne s'est jamais bien remise.

Au point de vue génital, réglée à 15 ans... Règles peu abondantes, irrégulières, d'une durée de 4 à 5 jours, et douloureuses, surtout avant l'écoulement. Leucorrhée intermittente. Depuis son mariage, a souffert à plusieurs reprises de douleurs vives dans le bas-ventre; très irrégulièrement réglée; pertes abondantes et douloureuses.

A l'examen, on constate des lésions annexielles assez étendues. L'utérus est peu mobilisable et on a l'impres-

sion que les lésions annexielles sont fixées par des brides fibreuses.

Intervention, le 20 juin 1913.

On tombe, dès l'ouverture du ventre, sur des adhérences péritonéales anciennes organisées qui ferment complètement le petit bassin. Ces adhérences sont dues à des lésions de péritonite bacillaire à forme fibro-adhésive. L'anse sigmoïde et même quelques anses grêles sont adhérentes entre elles et au péritoine pelvien. L'utérus et les annexes sont gros, congestionnés. Les annexes droites, en particulier, sont très augmentées de volume, l'ovaire triplé de volume, la trompe transformée en une poche pyriforme. Ces annexes sont absolument engainées par des adhérences péritonéales, résistantes, et toute tentative de libération de ces annexes aussi bien que de celles du côté gauche est infructueuse.

L'intervention se borne donc à un lavage de la cavité péritonéale à l'éther. On verse à leur niveau 200 cc. d'éther et on referme le ventre sans drainage. Les suites opératoires ont été bonnes. La guérison opératoire est survenue au dixième jour environ; la malade est sortie dans les premiers jours de juillet, et nous avons appris depuis que son état général s'est amélioré et que, localement, elle ne souffre plus du bas-ventre, mais sa menstruation continue à être irrégulière.

Observation VI

(inédite) Recueillie par M. Vinon.

S. P..., épouse M..., 35 ans, entre le 14 juin 1913 dans le service de M. le professeur de Rouville, pour douleurs vives dans le bas-ventre.

Antécédents héréditaires. — Née d'un père cardiaque et d'une mère bien portante, la malade a eu huit frères ou sœurs dont un frère tuberculeux.

Antécédents personnels. — La malade a eu des adénites bacillaires de l'enfance. Elle est très sujette à s'enrhumer et est atteinte de bronchite chronique probablement bacillaire (bien que l'examen de l'expectoration ait été négatif à ce sujet).

La malade présente en plus de légers signes de brightisme; elle est très nerveuse, accuse des vertiges, des crampes, etc...

Au point de vue génital: Réglée à 14 ans, assez régulièrement mais abondamment. Durée, 7 à 8 jours. Règles toujours douloureuses.

Pertes blanches fréquentes.

Mariée à 27 ans: 2 grossesses. A perdu 1 enfant de gastro-entérite. Pas d'avortement. Le dernier accouchement particulièrement pénible.

La malade se plaint, depuis 2 mois, de très vives douleurs à droite, pendant la marche surtout. Au repos, elle souffre moins. Après les repas, il lui arrive d'avoir des pesanteurs d'estomac, des tiraillements. La malade dit qu'il se forme dans son ventre, et *à droite,* « comme une boule », qui grossit peu à peu, puis arrive un moment où tout disparaît et où la malade entend comme des bruits musicaux.

Elle est réglée abondamment et perd en masse dans l'intervalle des règles.

Examen. — Porte surtout sur la zone génitale.

A l'inspection, rien de spécial.

A la palpation, on éveille une vive douleur dans les zones annexielles, et en particulier à droite. Le toucher vaginal montre un utérus de moyen volume en place et

le palper combiné permet de se rendre compte que les annexes droites sont légèrement augmentées de volume et la palpation est douloureuse.

En présence de cet ensemble symptomatique, on pose le diagnostic d'annexite (probablement bacillaire, en raison des antécédents de la malade).

Intervention, le 15 juin 1913.

Anesthésie à l'éther goutte à goutte.

On tombe, après incision de la paroi abdominale, sur un péritoine d'aspect normal. L'utérus et les annexes apparaissent à leur place. L'utérus est mobile et vient bien sous la traction. On constate alors du côté droit les lésions qu'avait fait prévoir l'examen direct. L'ovaire est augmenté de volume, avec un kyste séro-hématique. A gauche, les annexes paraissent saines.

En raison du peu d'étendue des lésions, on fait une ablation assez large des annexes droites, moins large à gauche, et on se contente de larder l'ovaire de coups de thermo. On achève l'opération en lavant le péritoine à l'éther.

Sutures sans drainage. Suites opératoires excellentes.

Observation VII

Recueillie dans le service de M. le Professeur de Rouville, par M. Vinon (inédite).

A. R..., 22 ans, entre le 17 août 1913 dans le service de M. le professeur de Rouville, dont M. le professeur agrégé Delmas assure la suppléance. Elle se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre depuis trois mois surtout.

Antécédents héréditaires. — Rien d'intéressant.

Antécédents personnels. — Interrogée avec soin, la malade déclare avoir toujours eu une santé précaire. Elle

est, en effet, atteinte, depuis l'âge de 10 ans, d'une bronchite chronique.

Elle a eu, vers l'âge de 15 ans, des ganglions volumineux disséminés dans les diverses régions, et en particulier dans la région cervicale. Elle a eu là un abcès froid traité dans le service de M. le professeur Estor.

Réglée à l'âge de 14 ans, assez régulièrement; la durée de l'écoulement menstruel était d'environ 5 à 6 jours; elle a eu des pertes blanches, et à partir de l'âge de 18 ans, les règles ont commencé à être abondantes et douloureuses, au point d'obliger la malade à garder le lit.

Elle a eu un accouchement difficile il y a 20 mois, ayant nécessité une périnéorraphie.

Enfin, il y a trois semaines, la malade aurait eu un avortement avec hémorragie abondante.

Elle déclare souffrir, depuis 3 mois, de douleurs vives dans le bas-ventre, avec irradiations dans la région lombaire, à l'estomac. Elle a des digestions pénibles avec pesanteurs, vomissements. Constipation opiniâtre depuis cette époque.

Elle se plaint aussi d'une vive douleur dans la jambe gauche, le long du trajet du sciatique.

Les règles sont, depuis son « avortement » très abondantes et douloureuses, et la malade est condamnée à garder le lit d'une façon presque constante.

Depuis la même époque, elle souffre en urinant, et la fréquence des mictions est accrue.

Les urines sont à peu près normales, contenant 15 gr. d'urée par litre, ni sucre, ni albumine, mais elles ne contiennent que très peu de chlorures : 1 gr. 962 seulement.

A l'examen, on note, en dehors des traces d'adénite bacillaire déjà relevées, la présence de masses annexielles assez douloureuses et légèrement augmentées de volume,

surtout à droite, et en raison des antécédents bacillaires relevés, on pense à l'origine tuberculeuse possible de ces lésions.

Opération, le 20 août 1913.

Anesthésie d'abord à l'éther goutte à goutte. La malade dort mal; on doit recourir au mélange: éther, 2 parties; chloroforme, 1 partie. L'anesthésie enfin obtenue, incision de Pfannensteil. On tombe immédiatement sur la vessie, qui remonte très haut à 10 centimètres au moins au-dessus du pubis!

Le péritoine ouvert, on constate les lésions annexielles que le toucher avait fait prévoir.

L'ovaire gauche est augmenté de volume et présente de petits kystes à contenu rosé; à droite, lésions ovariennes moins nettes.

On fait une ablation partielle des annexes droites et on larde les deux ovaires de coups de thermocautère. Suture soignée de la tranche avec du fin catgut.

Le ventre refermé, les sutures sont faites plan par plan.

Drainage abdominal (drain dans l'espace prévésical). Sonde à demeure dans la vessie. Le microscope a démontré la nature tuberculeuse des lésions.

Suites opératoires excellentes. La malade sort en bon état le 16 septembre 1913. Nous avons eu l'occasion de revoir la malade, qui ne se plaint plus que de légères douleurs au moment des règles. L'état général est bien meilleur qu'avant l'intervention.

TRAITEMENT

Les observations précédentes, recueillies dans le service de M. le professeur de Rouville, nous permettent d'apprécier quelle doit être dans la plupart des cas qui peuvent se présenter, la conduite du chirurgien.

A ce point de vue, ces observations peuvent être classées de la façon suivante:

1° Cas où la lésion annexielle passe au premier rang:

Ce sont les observations n^{os} I, VI et VII. Dans ces cas, la malade présente à l'examen des lésions nettes d'annexite et ce ne sont que les commémoratifs, qui permettent de penser à l'origine tuberculeuse possible de ces lésions.

Dans tous ces cas, le traitement a été l'ablation la plus large possible. Dans un cas cependant, on s'est contenté d'une opération partielle, on a enlevé les annexes à droite partiellement et on a fait une opération conservatrice. Les suites opératoires ont été et se maintiennent excellentes plusieurs mois après l'intervention; mais ce cas heureux, ne nous permet en aucune façon de légitimer la pratique constante de l'opération conservatrice dans l'annexite tuberculeuse.

2° Cas où la lésion annexielle, quoique le plus souvent primitive passe au deuxième plan:

Ce sont surtout les cas où le diagnostic est difficile et où l'on pense plutôt à une péritonite (bacillaire ou non), à une collection purulente de Douglas ou du ligament large. Dans tous ces cas, l'intervention large, par laparotomie peut elle aussi devoir être préconisée.

Les observations n^os^ III et IV nous montrent, en effet, qu'on a eu à intervenir en deux fois, parce qu'on avait pensé dans les deux cas à une simple collection purulente banale, puerpérale ou gonococcique du Douglas, alors qu'il s'agissait, en réalité, d'une annexite tuberculeuse, volumineuse, primitive. La laparotomie aurait donc permis dans ces cas-là de voir immédiatement la lésion initiale et d'en faire l'ablation la plus large.

L'observation n° V concerne une forme particulièrement intéressante de tuberculose génitale, dans laquelle la lésion *péritonéale* passait au premier plan. Il s'agissait d'une forme de péritonite tuberculeuse fibro-adhésive, avec adhérences si intimes, que toute tentive de libération eût été infructueuse. Ces cas de tuberculose génitale sont assez fréquents. Bouilly a eu le mérite (in thèse Gorowitz. Paris, 1901) d'insister sur la péritonite tuberculeuse des jeunes filles à point de départ génital: que cette péritonite s'accompagne d'ascite (ascite dite autrefois idiopathique des jeunes filles) ou qu'elle soit à forme fibreuse comme dans notre observation n° V. Dans tous ces cas, l'intervention est indiquée. L'ablation la plus large des lésions devra être faite, et c'est surtout par laparotomie que l'on devra intervenir. Boursier (in Précis de gynécologie. Coll. Testut, artic. Salp. tub.), s'exprime ainsi: « L'existence d'une péritonite bacillaire est une raison de plus en faveur de l'intervention. Le plus souvent l'ablation des trompes est possible, et même, lorsque par suite d'adhérences trop

serrées, cette ablation complète n'a pu être faite, les malades ont cependant retiré du bénéfice de l'intervention. Et il est bien certain que la seule laparotomie exploratrice, peut amener une guérison spontanée dans ces cas, où cependant la péritonite passe au premier plan, la lésion annexielle étant reléguée au second plan.

Si l'intervention large avec ablation complète des annexes (et de l'utérus lorsque la lésion est étendue) doit être pratiquée systématiquement dans l'annexite tuberculeuse, des opérations palliatives, telles que l'ouverture d'un pyosalpinx tuberculeux par la voie vaginale, peuvent être réservées aux cas où l'état général contre-indique une opération shockante. On devra toujours s'inspirer, en effet, de l'état général; ausculter soigneusement poumons et cœur, explorer le fonctionnement rénal et hépatique.

L'anesthésie de choix sera l'anesthésie à l'éther goutte à goutte (éther tropfnarkose, après injection préalable de pantopon, selon le procédé de M. le professeur de Rouville). Cependant, lorsque la malade sera atteinte de bronchite chronique, il pourra être indiqué, comme dans un de nos cas où l'anesthésie était très difficile à obtenir, de recourir au mélange éther-chloroforme.

L'incision de choix sera l'incision médiane sous-pubienne. Cependant, dans un cas, l'incision de Pfannensteil a donné une cicatrice linéaire, non adhérente, et d'un bel effet esthétique.

L'ablation la plus complète des lésions devra être pratiquée. L'hystérectomie sera faite chaque fois que les lésions annexielles seront assez étendues, l'utérus devenant, dès lors, organe inutile.

A ce point de vue, l'hystérectomie subtotale suffit dans la plupart des cas, mais lorsque l'utérus lui-même paraî-

tra atteint, mieux vaudra avoir recours à l'hystérectomie totale, la tuberculose pouvant à son tour envahir le col.

Les cas où la péritonite domine l'histoire clinique seront justifiables d'opérations plus conservatrices, ou même de la simple laparotomie exploratrice.

CONCLUSIONS

I. L'annexite tuberculeuse est une affection assez fréquente qui atteint de préférence les jeunes filles, et qui se localise surtout sur les trompes dans la proportion de plus de 80 0/0 (Spaetti). La salpingite tuberculeuse est souvent associée à la péritonite bacillaire, que celle-ci soit primitive ou secondaire.

II. Le traitement de l'annexite tuberculeuse est avant tout chirurgical.

Le traitement médical, très discutable, devra sans doute être mis en service, mais s'adressera surtout à l'état général. Ce sera le traitement bien connu des tuberculoses chirurgicales.

Le traitement chirurgical ne connaît de contre-indications que celles tirées d'un état général trop mauvais (lésion pulmonaire, cardiaque, rénale, etc.).

Le traitement chirurgical consistera en l'ablation la plus large possible des lésions, même lorsque les lésions paraissent unilatérales et en présence d'annexes saines d'apparence (ablation totale ou partielle). L'utérus sera enlevé (hystérectomie totale ou subtotale) chaque fois que l'organe sera devenu inutile ou que son apparence sera suspecte.

Cependant, dans les cas où il existe des lésions péritonéales (forme ascitique ou fibro-adhésive), une interven-

tion conservatrice et la seule laparotomie exploratrice pourront suffire et amener la rétrocession des lésions.

III. Les résultats opératoires sont assez encourageants. La guérison opératoire est obtenue dans la proportion des 9/10e. La guérison de la lésion locale et la survie à distance (guérisons se maintenant depuis plus de 4 ans) est obtenue dans la proportion de 6/10e.

BIBLIOGRAPHIE

Nous ne saurions prétendre à donner une bibliographie complète de la question du traitement de l'annexite tuberculeuse. Nous tenons à indiquer les principaux travaux que nous avons pu consulter :

Arrivat. — Sur un cas de tuberculose annexielle. Montpellier Médical, 1912.

Boursier. — Précis de gynécologie. Coll. Testut.

Bovis (R. de). — Diagnostic et traitement des salpingites tuberculeuses. Semaine Médicale, 17 sept. 1913.

Cathelin. — Tuberculose de l'utérus et des annexes. Revue de chirurgie, 1901.

Cazeneuve. — Tuberculose annexielle. Thèse Montpellier, 1901.

Cayla (R.). — Tuberculose du col utérin. Thèse Bordeaux, 1912-1913, n° 39.

Finteclus. — Tuberculose du col et son traitement. Thèse Paris, 1912-1913, n° 147.

Forgue. — Précis de pathologie externe. Coll. Testut.

Gorovitz (Mlle). — Thèse Paris, 1901, et Revue chirurgie, 1902. Tuberculose annexielle.

Hollos (I.). — Troubles menstruels et tuberculose. Gazette des Hôpitaux, 1912, p. 1711.

JANIN-VIOLLET. — Tuberculose annexielle. Lyon Médical, 1904.

JAYLE. — Tuberculose tubaire. Presse Médicale, 21 juin 1913.

JOURDAN et ETIENNE. — Tuberculose annexielle généralisée. Montpellier Médical, 1911. Tuberculose annexielle.

LERICHE. — Lyon Médical, 1905.

MARTIN. — Tuberculose annexielle. Thèse Lyon, 1914.

OLLIVIER. — Tuberculose annexielle. Thèse Lyon, 1911.

PATEL-OLIVIER. — Tuberculose annexielle. Revue gynécologie et chirurgie abdominale, juillet 1913, t. XXI, p. 23.

PONCET. — Tuberculose des annexes. Lyon Médical, 1911.

ROUVILLE (Professeur de). — Sur trois cas de tuberculose annexielle. Montpellier Médical, 1910.

RIVES. — Tuberculose génitale de la femme. Thèse Montpellier, 1907.

SALLE et FORRAZ. — Tuberculose annexielle. Gazette des Hôpitaux, 1912, p. 2017.

TODORSKY (C.). — Tuberculose de l'ovaire. Thèse Montpellier, 1912-1913, n° 18.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 12 mai 1914,
Pour le Recteur
Le VicePrésident du Conseil d'Université,
S. DAUTHEVILLE.

Vu et approuvé;
Montpellier, le 11 mai 1914.
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leur enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !